

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR KUMMER

Lane Medical Library

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

CORPS ÉTRANGERS DE L'ESTOMAC

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MOHAMED TEWFIK SHEHATA
Le Caire

Thèse N° 1313

GENÈVE
IMPRIMERIE EUGÈNE MEYER
RUE DE CAROUGE, 48
1929

NEWYORK ACADEMY
OF MEDICINE
MAR 5 1931
LIBRARY

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de M. le Prof. E. Kummer, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 21 octobre 1929.

Le Doyen :
D^r M. ROCH.

A MON PÈRE, A MA MÈRE ;

qu'ils veuillent trouver ici l'expression de ma reconnaissance filiale pour leur bonté infinie.

A MES SŒURS, A MES FRÈRES,

A MES AMIS.

A notre maître M. le Docteur E. KUMMER, Professeur à la Clinique chirurgicale de l'Université de Genève, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. Nous garderons un souvenir agréable de son enseignement toujours clair. Nous le prions de bien vouloir accepter l'hommage d'un de ses élèves admiratif.

A M. le Docteur R. CRISTEN, chef de clinique chirurgicale à l'Hôpital Cantonal, nous adressons nos plus vifs remerciements pour l'aide qu'il nous a apportée dans la rédaction de notre thèse. Ses conseils éclairés ont été pour nous un excellent guide.

A son Excellence Docteur Shahine Pacha, sous-secrétaire d'Etat à l'Hygiène, à qui l'Egypte est reconnaissante des progrès qui, sous son impulsion compétente ont été apportés à la salubrité publique et à l'Enseignement Médical en Egypte.

A son Excellence, le Dr. Diwany Bey, directeur
de la Mission Scolaire Egyptienne en France, qui nous
a toujours entouré d'une bienveillance toute paternelle
durant nos années d'études.

Contribution à l'étude des Corps étrangers de l'Estomac

INTRODUCTION

Les corps étrangers rencontrés dans l'estomac sont innombrables. A vrai dire aucune énumération n'en épuiserait la liste. C'est ainsi que l'on a rencontré : des mètres de ficelles, des jeux de dominos entiers, des billes, des pièces de monnaie, des bijoux, boutons, clous, fourchettes, cuillers, couteaux, etc.

Un ecclésiastique avait avalé son rosaire. L'estomac d'un aliéné observé par Poncet, renfermait 1841 corps étrangers dont 1000 clous à chaussures.

Fricher (Deut. méd. Wsehr. 21-1-1897) trouva chez une aliénée une clef de 7 centimètres de long, deux cuillers à café, une fourchette, deux fragments de fil de fer de 6 à 8 cm. de long, deux épingles à cheveux, douze morceaux de verres, un crochet à fenêtre, une plume de fer, neuf aiguilles à coudre, un morceau de graphite, un bouton de bottines, deux billes, une aiguille à crochet.

Thomson (Edinburgh méd. J. II. N° 5, mai 1909, 46 C. 471, fig. 2.) gastrotomise un prisonnier après tentative avortée de suicide ; il trouve vingt-huit crampons de fer de 6 cm. de long, six clous, trente-deux morceaux de porcelaine, deux limes, dix-neuf éclats de métal.

Comme l'on peut s'en rendre compte, la plupart de ces objets sont avalés par des désespérés qui prétendent ainsi mettre fin à leurs jours, soit par des aliénés.

Des voleurs ont fréquemment dégluti des bijoux ou de l'argent pour celer leur larcin.

Pendant le sommeil normal, nous ne voyons guère à citer que la déglutition des pièces dentaires.

Il faut citer également les enfants qui fréquemment avalent par inattention toutes sortes d'objets avec lesquels ils s'amuse-
sent : boutons, pièces de monnaie, clous, épingles, etc.

Les corps étrangers pénètrent facilement dans l'estomac ; le seul obstacle un peu sérieux siège à la hauteur du segment cervical supérieur de l'œsophage. Passé ce détroit, l'objet chemine directement jusque dans l'estomac.

Une fois dans l'estomac, les corps étrangers subissent une fortune différente selon qu'ils sont arrondis, pointus, tranchants.

Dans un assez grand nombre de cas les événements se déroulent de façon favorable, le corps étranger peut être rejeté par le cardia.

Plus souvent le corps étranger franchit le pylore sans encombre. Cette terminaison se rencontre encore avec des objets de faible volume ou de volume notable, mais dont l'orientation fut assez heureuse pour permettre l'engagement pylorique et le cheminement au milieu des méandres intestinaux.

Symptomatologie.

Les symptômes des corps étrangers de l'estomac sont peu nombreux : la constatation directe de l'objet, que ce soit par le palper ou par l'exploration radioscopique. Il y a cependant des symptômes qui attirent l'attention.

Ce sont des algies diverses, douleurs atroces parfois sans horaire fixe, souvent permanentes, exaspérées par les mouvements. Les vomissements sont fréquents, ils peuvent être muqueux, bilieux, hémorragiques. L'appétit peut manquer ; d'autre part on a signalé un amaigrissement avec conservation de l'appétit.

Classification.

Poland (Prize Essay) divise les corps étrangers d'après leur forme en 4 groupes :

1. Les corps pointus (aiguilles, épingles).
2. Les corps coupants, allongés et irréguliers (clous, couteaux, fausses dents, fourchettes).
3. Les corps ronds (monnaies, billes, dés, etc.).
4. Enfin les cheveux, la laine, etc.

Peyrot (Manuel de Pathologie externe I. III. P. 455) se plaçant à un autre point de vue, les divise en deux catégories suivant qu'ils on été ou non introduits avec les aliments :

1. Les corps étrangers d'origine alimentaires.
 2. Les corps étrangers non alimentaires (surprise et inattention).
-

Observations de Clinique

Observation N° 1. Année 1927.

B. C. 29 ans, couturière, admise le 19-II-27.

Depuis huit ans la malade portait des dents artificielles, elle les garde même la nuit. Dans la nuit du 18 au 19 elle se réveille brusquement à la suite de fortes douleurs dans le cou et qui s'irradient jusque dans la région gastrique.

La malade se souvient que sa prothèse s'étant cassée il y a quatre mois, elle se rend compte qu'elle a dû avaler les deux dents qui manquaient à son dentier.

Le 19 la malade est admise à l'Hôpital, elle a de violentes douleurs dans la région oesophagienne et gastrique. On fait de suite la radiographie qui montre un corps étranger à la hauteur de la première vertèbre lombaire. La malade crache continuellement du sang et des glaires, elle a le visage rouge cyanosé, la respiration difficile. Le professeur pratique une oesophagoscopie ; à part le sang et le mucus, il ne constate rien dans l'oesophage même à 36 cm. de distance de l'arcade dentaire. Au moyen d'une sonde oesophagienne munie d'un tampon à son extrémité on repousse le corps étranger dans l'estomac. D'après une deuxième radiographie on constate l'absence du corps étranger dans l'oesophage et dans l'estomac. On met la malade au repos et on surveille minutieusement ses selles. L'alimentation est composée de purée de pommes de terre, lait et pain.

La malade reste deux jours sans selle, on la purge, une seule selle s'ensuit le 21 février.

Le 24 février, le dentier n'est pas rendu ; deuxième selle provoquée par un lavement, le dentier reste toujours. Le 26 février, pas de douleur, pas de selle. Le 27 février, à la suite de l'huile de ricin, la malade a de nombreuses selles et finit par évacuer le dentier.

Ce 28 février la malade sort de l'Hôpital guérie.

Observation N° 2. Année 1917.

Enfant âgé de 4 ans, s'amuse le 14-IX-à7 avec une pièce de 5 centimes français, la met dans sa bouche et l'avale. Il s'ensuit des souffrances. La pièce reste dans le premier rétrécissement oesophagien, ensuite descend dans l'estomac après que la mère lui a donné du pain et du lait.

On fait une radiographie à l'Hôpital, on voit la pièce au niveau du pylore. A la suite d'une purgation à l'huile de ricin, l'enfant évacue la pièce de monnaie dans les selles et sort le lendemain même en très bon état général.

Observation N° 3. Année 1920.

H. O. 20 ans, domestique,

Rachitisme dans son enfance. Le 27-XI-20 alors qu'elle faisait sa toilette et qu'elle serrait trois épingles dans sa bouche, elle en avala une par mégarde.

Elle ne ressent aucune douleur.

Le 27 novembre on lui fait une radioscopie à l'Hôpital, on trouve un corps étranger dans le fond de l'estomac.

La malade a l'abdomen souple et indolore ; l'état général est très bon.

Le 28 novembre, après examen de chaque selle on ne trouve rien, même après ingestion de mie de pain et de bouillies.

Le 30 novembre, on fait une seconde radioscopie.

Le 1^{er} décembre, la malade évacue par les selles le corps étranger qui est une épingle ordinaire. Elle quitte le service en bon état général.

Observation N° 4. Année 1920.

G. R. 35 ans.

Se réveille le 21-1-20 avec une sensation d'angoisse et de gêne rétrosternale - Dysphagie - Elle s'aperçoit alors qu'elle a avalé une petite pièce de sa prothèse dentaire du maxillaire supérieur. Dysphagie et douleurs rétrosternales persistent toute la journée; elle entre à l'Hôpital où la radioscopie montre un corps étranger fixé dans l'oesophage au niveau de la crosse aortique.

TENTATIVE D'EXTRACTION sous l'écran radioscopique, avec la pince oesophagienne on essaie de saisir le corps étranger, on n'y parvient pas, on le refoule un peu plus bas avec un tampon monté ; puis avec une sonde oesophagique on le pousse facilement jusque dans la partie sus-diaphragmatique de l'oesophage. A ce niveau arrêt, on fait boire de l'eau au malade, et l'on continue à passer la sonde. Le corps étranger s'arrête encore au cardia puis pénètre dans l'estomac.

Le lendemain le corps étranger est encore visible dans l'estomac. Le 25-1-20 expulsion spontanée par l'anus.

Observation N° 5. Année 1920.

C. C. 35 ans, ménagère.

Il y a 15 ans la malade a avalé une petite épingle, cela ne lui a donné aucun trouble, aussi elle ne s'en est pas inquiétée.

Le 10 mars 1920, tout en causant, elle se nettoyait les dents avec une épingle, elle fait un mouvement d'aspiration et avale l'épingle. Elle sent l'aiguille dans la région du cou, à droite, pendant deux heures. Elle fait quelques crachats sanguinolents. Un médecin appelé ne trouve plus l'aiguille dans la région du cou. Le 15 mars, on fait une radioscopie à l'Hôpital : l'aiguille est dans la région gastrique. Le 17 mars, elle quitte l'Hôpital sans avoir éliminé l'épingle.

Observation N° 6. Année 1921.

R. G. S. 20 ans, modiste.

Le 13 août en travaillant à la couture, elle causait avec ses camarades tout en ayant des aiguilles dans la bouche ; voulant avaler sa salive, la malade fit un mouvement de déglutition et avala une des aiguilles qu'elle tenait dans sa bouche, elle but de l'eau, mais l'aiguille ne bougea pas de la gorge. Ce n'est que le soir du souper que l'aiguille se décrocha et descendit avec les aliments. C'est alors que la malade ressentit un point douloureux à 4 travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. La douleur spontanée à ce niveau devenait intense lorsqu'on palpa cet endroit. Le 15 août, la malade demanda avis à la directrice de l'Armée du Salut où elle habitait, et ne mangea plus que de la purée de pommes de terre.

Le 17 août, elle entre à l'Hôpital en bon état de nutrition. teint pâle, pas de cyanose, pas d'œdème, digestion pénible accompagnée parfois de pesanteur au niveau de l'estomac, constipation fréquente, langue saburrale, mauvaise haleine. Abdomen souple, sonore, indolore sauf à un endroit situé à 4 travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde, un peu à droite de la ligne médiane.

Le 18 août la radioscopie montre l'aiguille au niveau du pylore ; on met la malade au régime de purée de pommes de terre. La malade ressent une douleur spontanée, augmentée par la pression à droite de la ligne médiane au-dessous de l'app. xyphoïde.

Le 22 août l'opération de Laparotomie sus ombilicale, on aperçoit sur la face antérieure de l'estomac, à ras le pylore, un petit peu d'épiploon, adhérent congestionné et induré. Avec beaucoup de soin, on détache ces adhérences et immédiatement on voit l'aiguille, qui en partie est sortie de l'estomac par un petit pertuis. On sort l'aiguille par ce petit orifice qui est suturé.

A la suite de l'opération la malade fait un peu de t°, on fait des lavements qui ramènent des selles liquides. Le 14 septembre la malade est tout à fait rétablie et quitte la clinique.

Observation N° 7. Année 1922.

S. M. âgé de 3 ans $\frac{1}{2}$. — Le 15-5-22 l'enfant trouve sur une table Fr. 1,05, il profite d'un moment de distraction de sa mère, prend les pièces, s'amuse avec et finit par les avaler ; assitôt après il a eu quelques contorsions. On lui donna à boire du lait.

On constate aux rayons la présence de Fr. 1.— dans l'œsophage et un sou dans l'abdomen. On lui ordonne un régime léger : purée de pommes de terre, potages farineux ; on lui donne 5 gouttes de teinture de belladone trois fois par jour.

L'enfant vomit tout ce qu'on lui donne à boire. Le 18 mai l'enfant va bien, ne vomit plus, mange bien. Le soir on lui fait un petit lavement, et dans la selle qui suit, on retrouve la pièce de 5 cent. suisse avalée. Le 19 mai, l'enfant est pris de violentes douleurs, se tord dans son lit, il est rouge, une sueur abondante lui coule sur le front. Il a l'abdomen dur, contracté. L'enfant demande le vase, après une abondante émission d'urine, l'enfant redevient calme, la crise a passé. On fait une radioscopie, l'on trouve le franc dans le sygmoïde. Après un lavement le franc est rejeté. L'enfant sort de l'hôpital en bon état.

Observation N° 8. Année 1927.

S. A. âgé de 7 ans. — Le 24 janvier, l'enfant jouait, et en suçait une vis il l'avale. Il se met à crier, sa mère le fait entrer à l'hôpital. L'enfant n'a pas mal. La radiographie prouve que la vis se trouve dans le bas-fond de l'estomac. On fait ingérer de la baryte, la vis se mélange à elle.

Le 25 janvier, une nouvelle scopie ; la vis est toujours dans le bas-fond de l'estomac. On fait manger la purée de pommes de terre à l'enfant à tous ses repas. Le 26 janvier, la vis est encore dans l'estomac. Le 27 janvier, la vis est toujours dans l'estomac ; on a l'impression que c'est son poids qui l'empêche de passer dans le pylore. On a levé les pieds du lit et couché le malade sur le côté droit. Le 28 janvier, la vis est expulsée ; le malade quitte la clinique en très bon état.

Observation N° 9. Année 1927.

R. L. âgé de 35 ans, géomètre. — Le 10 juillet, le malade avale des clous et du verre : il devait être arrêté deux jours après. Depuis n'a pas beaucoup d'appétit, sensation de lourdeur d'estomac mais sans véritable douleur. Le 23, début des douleurs. Le 27, violentes douleurs et vomissements.

A la radioscopie l'estomac présente un amas opaque anguleux ; un clou dans l'angle colique.

On donne au malade de la purée de pommes de terre et une purge (sel) et salol.

Le 30 juillet, à la radioscopie, on retrouve le même amas stomacal, en plus de cela deux opacités dans l'intestin grêle et le petit bassin, une opacité cœcale et une opacité à l'angle colique gauche mais qui ne semble pas être formée par un clou. On décide l'opération. Laparatomie sus et sous ombilicale. On palpe l'estomac et l'on sent des quantités de corps étrangers siégeant dans la région du pylore ; on en retire beaucoup. Un examen plus approfondi révèle qu'il y en a également dans la deuxième partie du duodénum. On palpe la profondeur de la seconde portion du duodénum, on arrive à en extraire de très gros amas de corps étrangers. Une fois que l'on suppose que tous les corps étrangers de cette région sont extraits, on ferme l'estomac à triple suture et l'on recouvre la suture d'épiploon. Ensuite, on palpe l'intestin grêle de haut en bas, en commençant par le jéjunum et l'on repousse des quantités des corps étrangers, jusqu'à très près du cæcum, là, on incise transversalement le grêle et l'on extrait de nouveau de multiples corps étrangers ; triple suture. On chasse un corps étranger du côlon ascendant dans le côlon transverse et l'on incise à cet endroit, sur une bandelette, le côlon pour extraire trois corps étrangers ; triple suture intestinale. En faisant une révision, on constate deux petits morceaux de verre près de la région stomacale. Supposant qu'il y avait peut-être une perforation, on fait une révision soignée de toute la région. Comme on ne trouve aucune lésion, on suppose que ces deux morceaux de verre sont sortis de l'estomac au moment de l'extraction de tous les corps étrangers stomacaux et duodénaux.

Le 17 septembre, le malade quitte l'hôpital en bon état pour la prison de St-Antoine.

Étude Clinique

Études des **Observations** de la clinique chirurgicale
du **Prof. Kummer**.

Nous avons pu recueillir à la Clinique chirurgicale 9 observations de corps étrangers de l'estomac.

Au point de vue du **sexe** des malades nous trouvons :

1 Homme.

5 Femmes.

3 Enfants.

L'âge de ces malades varie entre 3 ans et 36 ans.

Ces corps étrangers ont été avalés :

1 fois volontairement par un prisonnier.

8 fois accidentellement.

Ce sont : dentiers 2 fois.
pièces de monnaie 2 fois.
aiguilles et épingles 3 fois.
vis 4 fois.

Corps étrangers multiples :
clous et débris de verre 1 fois.

Nombre de corps étrangers par malade :
unique chez 6 malades.
multiples (2 et 14) chez 2 malades.

Symptômes : La dysphagie a été signalée 1 fois.
Des douleurs rétrosternales,
épigastriques ou abdominales 4 fois.
Des vomissements 2 fois.
2 malades n'ont présenté aucun trouble.
L'expulsion spontanée est notée 8 fois.
2 malades ont été opérés.
La durée d'évacuation a oscillé entre 1 et 9 jours.
1 jour : 1 fois.
4 jours : 2 fois.
5 jours : 2 fois.
9 jours : 1 fois.

L'opération, pratiquée dans 2 cas, a consisté, une fois en une extraction d'aiguille au niveau du pylore qu'elle avait perforé ; une autre fois l'extraction de multiples débris de verre et de clous nécessita des incisions sur l'estomac, le grêle et le transverse. Les suites opératoires ont été normales dans les 2 cas.

Conclusions

On rencontre les corps étrangers de l'estomac le plus souvent chez les aliénés, les ivrognes — ou dans les cas accidentels, chez les enfants particulièrement.

L'estomac est la partie du tube digestif où les corps étrangers séjournent le plus volontiers et parfois très longtemps sans provoquer de symptômes alarmants.

Quand l'anamnèse est insuffisante le diagnostic est très difficile ; la reconnaissance de la présence de ces corps étrangers se fera par les R. X. ou par la gastroscopie exploratrice.

LE TRAITEMENT :

Lorsque les corps étrangers sont de faibles volumes (pièces de monnaie) on favorisera leur expulsion spontanée par l'absorption de purée de pommes de terre.

Aucun où les corps étrangers ne s'élimineraient pas par les voies naturelles on aura recours au traitement chirurgical, (gastrotomie).

BIBLIOGRAPHIE

- BLAKE. — *Boston medical and surgical Journ.*, 181.
- BERNES. — *The Edinburg Philos., Journ.*, 1825.
- BUKMILL. — *Transactions of pathol. society.*
- BRYAN L. — *The retention of vegetable material in the stomach.*
J. Am. M. ass., Chicago 1926.
- DICKSON. — *Edinburg med., Journ.* p. 839, 1876.
- GIRARD. — *Les egagropiles du tube digestif chez l'homme. Leur diagnostic clinique et radiologique.* Paris 1925.
- GNIART. — *Précis de parasitologie.*
- HEYMANN. — *Arch. gén. de Médecine*, t. I., p. 676, 1834.
- LABBE. — *Communication à l'académie des sciences*, 1875. *Britisch medical journal*, 1901.
- MICHEL MARIE-LOUISE. — *Les égagropiles du tube digestif chez l'homme.* Paris 1925.
- PATEL. — *Corps étrangers de l'estomac et de l'intestin chez un aliéné. Gastrotomie et Entérotomie.* Soc. national de Méd. de Lyon, *Lyon Médical*, 24 décembre 1919.
- POULET A. — *Traité des corps étrangers en chirurgie.*
- ROBSON M. ET MOYNIHAN. — *Diseases of stomach and their surgical treatment*, 1910.
- SPENCER W. — *Britisch Medical journal*, p. 1424, 17 nov. 1900.
- TROGANO F. — *Un caso di corpo estraneo nello stomaco.* Policlin. Rome 1924.
- TOREK M. — *Large collection of foreign bodies in the stomach, report of case with review of literature.* Internal. clin., Phila., 1924.
- TISSOT. — *Corps étrangers multiples et variés de l'estomac, ablation.* Bull. et mém. soc. de chir. de Paris, 1919.
- VON BRAMANN. — *Corps étrangers de l'estomac formés par des cheveux.* 35^{me} Congrès de la soc. all. de chirurgie. Analyse in semaine med. av. 1906.
- WILLIS A. M. — *Two cases of hair ball. of the gastro-intestinal.*
- WINSLOW R. — *Foreign bodies in the stomach.* Tr. am. Surg. Ass. Phila. 1919.